

Guia Completo: Cirurgia de Catarata em São Paulo (2026)

Guia Médico Completo com Base em Evidências Científicas

Revisão médica: Dr. Fernando Macei Drudi — CRM-SP 139.300 | RQE 58.695

Especialidade: Catarata e Retina Cirúrgica — HSPE/IAMSPE

Última atualização: Abril de 2026

Leitura estimada: 18 minutos

Agende sua consulta

(11) 91654-4653

institudrudiealmeida.co
m.br

Este guia tem caráter educativo e não substitui a consulta médica individualizada. Para diagnóstico e tratamento, consulte um oftalmologista.

Sumário

1. O que é a catarata?
 2. Epidemiologia: a catarata no Brasil e no mundo
 3. Causas e fatores de risco
 4. Sintomas e diagnóstico
 5. Quando operar?
 6. A cirurgia de catarata: facoemulsificação
 7. Tipos de lentes intraoculares (LIOs)
 8. Comparativo das lentes: qual escolher?
 9. Recuperação e cuidados pós-operatórios
 10. Complicações possíveis
 11. Catarata e convênios em São Paulo
 12. Perguntas frequentes
 13. Referências científicas
-

O que é a catarata?

A catarata é a **opacificação progressiva do cristalino** — a lente natural do olho humano, localizada logo atrás da pupila. Em condições normais, o cristalino é transparente e permite que a luz passe livremente até a retina, onde as imagens são formadas. Com o envelhecimento, as proteínas que compõem o cristalino se desnaturalizam e se agregam, tornando-o gradualmente opaco e comprometendo a qualidade da visão.

A palavra "catarata" tem origem no grego *katarraktes* (queda d'água) e no latim *cataracta*, uma referência à aparência esbranquiçada que a pupila adquire nos casos avançados — como se uma cortina d'água cobrisse a visão. Trata-se da **principal causa de cegueira reversível no mundo** e, ao mesmo tempo, da condição com maior potencial de cura na medicina moderna: uma única cirurgia, realizada em menos de 20 minutos, é capaz de restaurar a visão de forma definitiva.

Revisão publicada no *JAMA* em 2025 por Chen, Woreta e Chang — uma das mais abrangentes já realizadas sobre o tema — confirma que a cirurgia de catarata por facoemulsificação com implante

de lente intraocular (LIO) é o procedimento cirúrgico mais realizado no mundo, com taxas de sucesso superiores a 95% e impacto direto na qualidade de vida dos pacientes.^[1]

Epidemiologia: a catarata no Brasil e no mundo

Cenário global

A prevalência absoluta de catarata no mundo cresceu de **42,3 milhões de casos em 1990 para 100,6 milhões em 2021** — um aumento de quase 138% em três décadas, impulsionado principalmente pelo envelhecimento populacional global.^[2] Em 2020, aproximadamente **94 milhões de pessoas com 50 anos ou mais** experimentavam cegueira ou deficiência visual grave causada pela catarata.^[3]

Os anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) atribuíveis à catarata saltaram de 3,4 milhões em 1990 para 6,6 milhões em 2021, representando um aumento de 92,8%.^[2] O impacto é desproporcionalmente maior em mulheres e em países de baixa e média renda, onde o acesso à cirurgia ainda é limitado.

Cenário brasileiro

No Brasil, a catarata representa a principal causa de cegueira evitável. Estudo realizado na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo identificou prevalência de **4,94% na população geral**, afetando predominantemente pessoas acima de 50 anos (92,34% dos casos) e mulheres (61,11%).^[4] A catarata foi responsável por deficiência visual em 0,96% e cegueira em 0,52% da população estudada.

O país realiza cerca de 130.000 cirurgias de catarata por ano pelo Sistema Único de Saúde (SUS), número que ainda é insuficiente diante da demanda reprimida. A pandemia de COVID-19 agravou o cenário: em 2020, houve **redução de 23% no número de cirurgias realizadas pelo SUS** em comparação com a média dos cinco anos anteriores, criando um passivo cirúrgico que ainda está sendo recuperado.^[5]

A população brasileira acima de 50 anos — faixa etária de maior prevalência de catarata — cresceu **32,15% entre 2010 e 2020**, enquanto a população total cresceu apenas 7,83%, o que projeta um aumento expressivo na demanda por cirurgias nas próximas décadas.^[5]

Causas e fatores de risco

A catarata pode ser classificada de acordo com sua etiologia:

Tipo	Causa principal	Faixa etária mais afetada
Senil (relacionada à idade)	Envelhecimento natural do cristalino	Acima de 60 anos
Congênita	Infecções intrauterinas (rubéola, toxoplasmose), alterações genéticas	Recém-nascidos e lactentes
Traumática	Trauma ocular contuso ou perfurante	Qualquer idade
Secundária	Uso prolongado de corticosteroides, diabetes, uveíte	Variável
Por radiação	Exposição à radiação ionizante ou UV intensa	Adultos e idosos

Os principais **fatores de risco modificáveis** para a catarata senil incluem:

- **Exposição à radiação ultravioleta (UV):** A exposição cumulativa à radiação UV-B é um dos fatores de risco mais bem estabelecidos para catarata cortical e subcapsular posterior. O uso regular de óculos de sol com proteção UV e chapéus de aba larga é recomendado como medida preventiva.
- **Tabagismo:** Fumantes têm risco 2 a 3 vezes maior de desenvolver catarata nuclear em comparação com não fumantes. O mecanismo envolve estresse oxidativo e acúmulo de radicais livres no cristalino.
- **Diabetes mellitus:** O diabetes aumenta o risco de catarata por múltiplos mecanismos, incluindo acúmulo de sorbitol no cristalino e glicação de proteínas. Pacientes diabéticos desenvolvem catarata em média 10 anos mais cedo do que não diabéticos.
- **Uso crônico de corticosteroides:** O uso prolongado de corticosteroides sistêmicos ou tópicos está associado ao desenvolvimento de catarata subcapsular posterior, um tipo particularmente incapacitante por comprometer a visão de perto e a sensibilidade ao contraste.
- **Obesidade e sedentarismo:** Estudos epidemiológicos associam índice de massa corporal elevado e inatividade física a maior risco de catarata.

Sintomas e diagnóstico

Sintomas

A catarata evolui de forma gradual e insidiosa. Os sintomas mais comuns incluem:

- **Visão embaçada ou turva**, como se estivesse olhando através de um vidro fosco ou de uma neblina persistente
- **Sensibilidade aumentada à luz** (fotofobia) e **ofuscamento** ao dirigir à noite, especialmente com os faróis dos carros
- **Halos ao redor de fontes de luz**, como lâmpadas e semáforos
- **Visão dupla** em um único olho (diplopia monocular)
- **Dificuldade para distinguir cores**, que parecem mais apagadas ou amareladas
- **Necessidade frequente de trocar os óculos**, com piora progressiva do grau
- Em alguns casos, **melhora temporária da visão de perto** nos estágios iniciais (fenômeno do "segundo olho" ou "visão de índio"), causada pelo aumento do poder refrativo do cristalino espessado

Diagnóstico

O diagnóstico de catarata é clínico e realizado por oftalmologista durante o exame de biomicroscopia com lâmpada de fenda, que permite visualizar diretamente o cristalino e classificar o grau de opacidade. O exame de fundo de olho com dilatação pupilar é essencial para avaliar a retina e excluir outras causas de perda visual.

Para o planejamento cirúrgico, são realizados exames complementares:

- **Biometria óptica** (interferometria de coerência óptica, como o IOLMaster 700 da Zeiss): calcula o poder dióptrico da lente intraocular a ser implantada com alta precisão
- **Topografia corneana** (Pentacam AXL): avalia a curvatura e irregularidades da córnea, essencial para a seleção de lentes tóricas
- **OCT de mácula**: avalia a retina central para identificar condições que possam comprometer o resultado visual pós-operatório
- **Microscopia especular**: avalia a saúde do endotélio corneano, fundamental para prever a recuperação pós-operatória

Quando operar?

A indicação cirúrgica é **fundamentalmente clínica e funcional**, não baseada apenas no grau de opacidade do cristalino. As diretrizes da American Academy of Ophthalmology (AAO) de 2021 estabelecem que a cirurgia está indicada quando a catarata compromete as atividades da vida diária do paciente — dirigir, ler, trabalhar, praticar esportes — e quando os benefícios esperados superam os riscos.^[6]

"A catarata sintomática é uma condição cirúrgica. A decisão de operar deve ser compartilhada entre o médico e o paciente, levando em consideração o impacto da perda visual nas atividades cotidianas e as expectativas individuais."

— AAO Preferred Practice Pattern: Cataract in the Adult Eye, 2021^[6]

Não existe um grau mínimo de opacidade que determine a indicação cirúrgica. Pacientes com catarata incipiente mas que exercem profissões que exigem acuidade visual precisa (pilotos, motoristas profissionais, cirurgiões) podem ter indicação cirúrgica precoce. Por outro lado, pacientes com catarata avançada mas com baixa demanda visual podem ser acompanhados clinicamente.

Situações de indicação cirúrgica mais urgente:

- Catarata hipermadura com risco de glaucoma facolítico ou uveíte facoanafilática
- Catarata congênita com risco de ambliopia em crianças
- Catarata traumática com comprometimento visual significativo
- Necessidade de melhor visualização do fundo de olho para tratamento de retinopatia diabética ou outras doenças retinianas

A cirurgia de catarata: facoemulsificação

Princípio e técnica

A **faciemulsificação** (do grego *phakos* = lente + *emulsificação*) é a técnica padrão-ouro para a cirurgia de catarata em todo o mundo. Desenvolvida pelo oftalmologista americano Charles Kelman na década de 1960, a técnica evoluiu dramaticamente nas últimas décadas, tornando-se um dos procedimentos cirúrgicos mais seguros e eficazes da medicina moderna.

O procedimento consiste em:

1. **Anestesia tópica** com colírios anestésicos (proxymetacaína ou tetracaína) — sem necessidade de injeções ao redor do olho na grande maioria dos casos
2. **Microincisão corneana** de 2,2 a 2,8 mm, que é autosselante e não requer pontos
3. **Capsulorrexe circular contínua (CCC)**: abertura circular precisa da cápsula anterior do cristalino, que servirá de suporte para a lente intraocular
4. **Hidrodissecção**: injeção de solução salina para separar o núcleo do cristalino da cápsula
5. **Faciemulsificação**: fragmentação e aspiração do núcleo do cristalino por ultrassom de alta frequência
6. **Aspiração do córtex residual**: remoção dos restos corticais com sistema de irrigação-aspiração
7. **Implante da lente intraocular (LIO)**: a lente dobrável é inserida através da microincisão e se expande dentro do saco capsular
8. **Hidratação da incisão**: fechamento autosselante sem necessidade de pontos na maioria dos casos

O procedimento completo dura **entre 10 e 20 minutos** em mãos experientes. O paciente permanece acordado durante toda a cirurgia, mas não sente dor nem vê o cirurgião operando. A recuperação visual começa nas primeiras horas após a cirurgia.

Cirurgia assistida por laser de femtosegundo (FLACS)

A cirurgia de catarata assistida por laser de femtosegundo (FLACS) representa uma evolução tecnológica que utiliza laser para realizar as etapas mais críticas do procedimento — capsulorrexe, fragmentação do cristalino e incisões corneanas — com precisão nanométrica.

Meta-análise publicada no *Canadian Journal of Ophthalmology* em 2025 por Song et al., analisando 57 ensaios clínicos randomizados com 6.318 participantes, demonstrou

que a FLACS oferece melhores resultados visuais no pós-operatório precoce, capsulotomia mais precisa e posicionamento de LIO mais otimizado em comparação com a faciemulsificação convencional, embora sem diferença significativa nos resultados visuais a médio e longo prazo.^[7]

As diretrizes da AAO (2021) reconhecem os benefícios da FLACS em termos de precisão, mas ressaltam que a tecnologia ainda não demonstrou superioridade no perfil de risco geral e nos resultados refrativos finais em comparação com a facoemulsificação manual realizada por cirurgiões experientes.^[6]

Tipos de lentes intraoculares (LIOs)

A escolha da lente intraocular é a decisão mais importante do planejamento cirúrgico e deve ser personalizada de acordo com o estilo de vida, as necessidades visuais e as características anatômicas de cada paciente. Existem quatro categorias principais de LIOs:

7.1 Lentes monofocais

As lentes monofocais são as mais utilizadas no mundo e cobertas pelos planos de saúde. Proporcionam foco nítido em uma única distância — geralmente a visão de longe — com excelente qualidade óptica e sensibilidade ao contraste. O paciente tipicamente necessitará de óculos para leitura e visão intermediária.

Indicação: Pacientes que não se incomodam com o uso de óculos para atividades próximas, especialmente aqueles com condições oculares associadas (glaucoma, degeneração macular, retinopatia diabética) que podem comprometer o resultado de lentes premium.

Evidência científica: Revisão sistemática publicada no *Journal of Refractive Surgery* em 2015 por Shah et al. confirmou que as lentes monofocais proporcionam excelente acuidade visual de longe e alta sensibilidade ao contraste, com menor incidência de fenômenos fóticos (halos, brilhos) em comparação com lentes multifocais.^[8]

7.2 Lentes multifocais e trifocais

As lentes multifocais dividem a luz em dois ou mais focos, permitindo visão nítida em múltiplas distâncias — longe, intermediário e perto — com significativa independência de óculos. As lentes **trifocais** (como a AcrySof IQ PanOptix da Alcon) representam a geração mais recente, com três pontos focais distintos e alta eficiência na utilização da luz.

Meta-análise publicada no *Ophthalmology and Therapy* em 2024 por Zhu et al., avaliando a incidência de distúrbios visuais com a lente trifocal PanOptix, demonstrou que a maioria dos

pacientes experimenta halos e brilhos nos primeiros meses, mas apenas uma pequena porcentagem os considera muito incômodos a longo prazo, com alta taxa de satisfação geral.^[9]

Revisão sistemática publicada no *Journal of Refractive Surgery* em 2015 por Shah et al. demonstrou que mais pacientes com lentes multifocais alcançaram independência de óculos em comparação com lentes monofocais, com satisfação geral significativamente maior no grupo multifocal, apesar da maior frequência de fenômenos fóticos.^[8]

Indicação: Pacientes com estilo de vida ativo que desejam máxima independência de óculos para longe, intermediário e perto. Não recomendadas para pacientes com glaucoma avançado, degeneração macular ou outras condições que comprometam a qualidade visual.

7.3 Lentes EDOF (Extended Depth of Focus)

As lentes de profundidade de foco estendida (EDOF), como a AcrySof IQ Vivity da Alcon, utilizam tecnologia não difrativa para criar uma zona de foco contínuo e suave, em vez de pontos focais discretos. Proporcionam excelente visão de longe e intermediária com menor incidência de halos e brilhos em comparação com as lentes multifocais.

Meta-análise publicada no *Eye (London)* em 2025 por Fernández et al., comparando lentes monofocais aprimoradas com lentes monofocais convencionais, demonstrou que as lentes EDOF proporcionam melhor acuidade visual intermediária e de perto, com evidências de alta certeza para a acuidade visual à distância e sem diferenças significativas na sensibilidade ao contraste.^[10]

Indicação: Pacientes que priorizam visão de longe e intermediária de alta qualidade (dirigir, trabalhar no computador) com menor tolerância a fenômenos fóticos, ou aqueles que dirigem frequentemente à noite.

7.4 Lentes tóricas

As lentes tóricas são projetadas para corrigir o astigmatismo corneano durante a cirurgia de catarata, eliminando ou reduzindo significativamente a necessidade de óculos para astigmatismo no pós-operatório. Estão disponíveis em versões monofocais, multifocais e EDOF.

As diretrizes da ESCRS (2025) recomendam lentes tóricas para pacientes com astigmatismo corneano de 1,0 dioptria ou mais, com forte evidência para astigmatismo acima de 2,0 D.^[11]

Estudo de coorte retrospectivo publicado no *Scientific Reports* em 2022 por Oshika et al., com acompanhamento de 8 anos, demonstrou que o implante de LIO tórica reduz significativamente o astigmatismo pré-existente de forma sustentada, com resultados estáveis por até 8 anos para

astigmatismo a favor da regra.^[12]

Comparativo das lentes: qual escolher?

Característica	Monofocal	Multifocal/Trifocal	EDOF	Tórica
Visão de longe	Excelente	Muito boa	Excelente	Excelente
Visão intermediária	Ruim	Boa	Muito boa	Variável
Visão de perto	Ruim	Muito boa	Razoável	Variável
Independência de óculos	Baixa	Alta	Moderada-alta	Moderada
Halos e brilhos	Mínimos	Moderados	Baixos	Mínimos
Sensibilidade ao contraste	Excelente	Reduzida	Boa	Excelente
Cobertura por convênio	Sim	Não (geralmente)	Não (geralmente)	Parcial
Indicação em doenças oculares	Sim	Não	Com cautela	Sim
Custo adicional (particular)	—	R\$ 3.000–8.000/olho	R\$ 2.500–6.000/olho	R\$ 1.500–4.000/olho

Nota: Os valores de custo são estimativas de mercado em São Paulo para 2026 e podem variar conforme o serviço e o modelo específico da lente. Consulte seu oftalmologista para um orçamento personalizado.

Fatores que contraindicam lentes premium

Revisão sistemática publicada no *Bioengineering* em 2023 por Hong et al. identificou que lentes multifocais e EDOF geralmente **não são recomendadas** para pacientes com:^[13]

- Glaucoma com perda de campo visual moderada a avançada
- Degeneração macular relacionada à idade (DMRI)
- Retinopatia diabética com edema macular
- Irregularidades corneanas significativas (ceratocone, cicatrizes corneanas)
- Síndrome do olho seco grave

Recuperação e cuidados pós-operatórios

A recuperação após a cirurgia de catarata por facoemulsificação é rápida e, na grande maioria dos casos, sem intercorrências. A maioria dos pacientes nota melhora visual já nas primeiras horas após o procedimento.

Cronograma de recuperação

Período	O que esperar	Cuidados principais
Primeiras 24 horas	Visão levemente embaçada, sensação de areia no olho, lacrimejamento	Repouso relativo, protetor ocular noturno, não coçar o olho
2-7 dias	Melhora progressiva da visão, possível vermelhidão	Colírios conforme prescrição, evitar esforço físico intenso
1-4 semanas	Estabilização da visão, adaptação à nova lente	Evitar natação, mergulho e ambientes com poeira
1-3 meses	Visão estável, prescrição final de óculos (se necessário)	Consulta de revisão, avaliação da necessidade de óculos

Medicamentos pós-operatórios

O protocolo padrão inclui:

- **Colírio antibiótico** (moxifloxacino ou ciprofloxacino): prevenção de infecção, por 1-4 semanas
- **Colírio anti-inflamatório esteroide** (prednisolona ou dexametasona): controle da inflamação pós-operatória

- **Colírio anti-inflamatório não esteroidal (AINE)** (cetorolaco ou nepafenaco): redução do risco de edema macular cistoide

As diretrizes da AAO (2021) destacam que há evidências substanciais de que a administração intracameral de antibióticos durante a cirurgia reduz o risco de endoftalmite bacteriana pós-operatória.^[6]

Restrições pós-operatórias

- **Evitar** esfregar ou pressionar o olho operado
- **Evitar** natação, mergulho e jacuzzi por 4 semanas
- **Evitar** esforço físico intenso (musculação, corrida) por 1-2 semanas
- **Usar** protetor ocular durante o sono por 1-2 semanas
- **Dirigir** somente após liberação médica (geralmente 24-48h após a cirurgia)

Complicações possíveis

A cirurgia de catarata por facoemulsificação é considerada um dos procedimentos mais seguros da medicina, com taxa de complicações graves inferior a 1% em centros especializados. As principais complicações incluem:

Complicações intraoperatórias

- **Ruptura da cápsula posterior** (0,5-2%): pode exigir modificação da técnica cirúrgica e, raramente, implante de lente em posição diferente do saco capsular
- **Perda de fragmento nuclear para o vítreo** (<0,1%): requer vitrectomia posterior por especialista em retina

Complicações pós-operatórias precoces

- **Edema corneano transitório**: comum nas primeiras 24-48h, resolve espontaneamente
- **Aumento transitório da pressão intraocular**: meta-análise de Herspiegel et al. (2024) recomenda monitoramento da PIO nas primeiras 4-8 horas pós-operatórias^[14]
- **Endoftalmite** (<0,05%): infecção intraocular grave, tratável se diagnosticada precocemente

Complicações pós-operatórias tardias

- **Opacificação da cápsula posterior (OCP)** ou "pós-catarata" (10-30% em 3-5 anos): opacificação da cápsula que suporta a lente, tratada de forma simples e indolor com laser YAG em consultório
- **Edema macular cistoide** (1-2%): acúmulo de fluido na mácula, tratável com colírios anti-inflamatórios
- **Descolamento de retina** (<0,1%): mais frequente em olhos com alta miopia

***Importante:** A "pós-catarata" (opacificação da cápsula posterior) é frequentemente confundida pelos pacientes com o "retorno da catarata". Isso não é possível: a catarata não volta após a cirurgia, pois o cristalino natural é removido e substituído por uma lente artificial. A OCP é tratada com um único procedimento a laser, rápido e indolor.*

Catarata e convênios em São Paulo

A cirurgia de catarata com lente monofocal é **coberta pela maioria dos planos de saúde** no Brasil, de acordo com o rol de procedimentos da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). A cobertura inclui a cirurgia propriamente dita, a anestesia e a lente intraocular monofocal padrão.

Lentes premium (multifocais, trifocais, EDOF e tóricas) geralmente **não são cobertas** pelos planos de saúde, representando um custo adicional que varia de R\$ 1.500 a R\$ 8.000 por olho, dependendo do modelo e do serviço.

Convênios aceitos na Drudi e Almeida

A Drudi e Almeida Clínicas Oftalmológicas aceita os principais planos de saúde para cirurgia de catarata com lente monofocal:

- Bradesco Saúde
- Amil
- Unimed
- Prevent Senior
- Mediservice (MetLife)

- SulAmérica
- Porto Seguro Saúde

Para cirurgia com lentes premium, a Drudi e Almeida oferece condições especiais de pagamento e orientação personalizada sobre a melhor opção para cada perfil de paciente.

Perguntas frequentes

A cirurgia de catarata dói?

Não. A cirurgia é realizada sob anestesia tópica com colírios, sem necessidade de injeções ao redor do olho. O paciente pode sentir leve pressão durante o procedimento, mas não dor. Após a cirurgia, é comum uma sensação de areia no olho nas primeiras horas, que cede com o uso de colírios.

Quanto tempo dura a cirurgia?

O procedimento em si dura entre 10 e 20 minutos. Considerando a preparação pré-operatória e a recuperação imediata, o paciente permanece na clínica por aproximadamente 2 a 3 horas.

Posso operar os dois olhos no mesmo dia?

A cirurgia bilateral simultânea (os dois olhos no mesmo dia) não é recomendada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) devido ao risco de complicações graves como endoftalmite bilateral. O intervalo recomendado entre os olhos é de 7 a 14 dias.^[15]

A catarata pode voltar após a cirurgia?

Não. O cristalino natural é removido e substituído por uma lente artificial permanente. A catarata não pode se desenvolver novamente. O que pode ocorrer é a "pós-catarata" (opacificação da cápsula posterior), que não é uma nova catarata, mas sim uma opacificação da membrana que suporta a lente, tratada facilmente com laser YAG.

Quando posso voltar a dirigir após a cirurgia?

A maioria dos pacientes recebe liberação para dirigir 24 a 48 horas após a cirurgia, desde que a visão esteja adequada e o médico autorize. Recomenda-se evitar dirigir à noite nas primeiras semanas, especialmente com lentes multifocais, durante o período de adaptação.

Qual a diferença entre lente monofocal e multifocal?

A lente monofocal proporciona foco nítido em uma única distância (geralmente longe), necessitando de óculos para leitura. A lente multifocal ou trifocal proporciona foco em múltiplas distâncias, com maior independência de óculos, mas com maior chance de halos e brilhos, especialmente à noite.

A cirurgia de catarata é coberta pelo plano de saúde?

Sim, a cirurgia com lente monofocal padrão é coberta pela maioria dos planos de saúde. Lentes premium (multifocais, trifocais, EDOF e tóricas) geralmente representam um custo adicional não coberto pelos planos.

Preciso de exames pré-operatórios?

Sim. O planejamento cirúrgico inclui biometria óptica (para calcular o poder da lente), topografia corneana, OCT de mácula e, em alguns casos, microscopia especular. Exames laboratoriais e avaliação cardiológica podem ser solicitados conforme o estado de saúde geral do paciente.

Posso fazer a cirurgia se tiver glaucoma?

Sim, na maioria dos casos. A cirurgia de catarata pode até reduzir a pressão intraocular em pacientes com glaucoma. Em casos selecionados, pode-se realizar procedimentos combinados (catarata + glaucoma) em um único ato cirúrgico. A escolha da lente intraocular deve ser discutida com o oftalmologista, pois lentes premium podem não ser adequadas para glaucomas avançados.

O que é a "segunda catarata" (pós-catarata)?

A opacificação da cápsula posterior (OCP), popularmente chamada de "segunda catarata" ou "pós-catarata", ocorre em 10 a 30% dos pacientes nos primeiros 3 a 5 anos após a cirurgia. É causada pela proliferação de células epiteliais residuais na cápsula que suporta a lente. O tratamento é simples, rápido e indolor: uma única sessão de laser YAG em consultório, sem necessidade de nova cirurgia.

Qual a taxa de sucesso da cirurgia de catarata?

A cirurgia de catarata por facoemulsificação tem uma das maiores taxas de sucesso de todas as cirurgias: mais de **95% dos pacientes** apresentam melhora significativa da visão após o procedimento, segundo dados da National Library of Medicine.^[1] Em centros especializados com alta casuística, como a Drudi e Almeida, as taxas de complicações graves são inferiores a 1%.

Quanto tempo leva para a visão estabilizar completamente?

A melhora visual começa nas primeiras horas após a cirurgia. A visão se estabiliza progressivamente ao longo de 4 a 6 semanas, quando a prescrição final de óculos (se necessária) pode ser determinada. Com lentes multifocais, o período de adaptação neuroadaptativa pode

levar de 3 a 6 meses.

Por que escolher a Drudi e Almeida para sua cirurgia de catarata?

O Instituto da Catarata da Drudi e Almeida é referência em cirurgia de catarata em São Paulo, com:

- **Dr. Fernando Macei Drudi** (CRM-SP 139.300 | RQE 58.695): especialista em catarata e retina cirúrgica pelo HSPE/IAMSPE, médico concursado do Hospital dos Servidores Público Estadual de São Paulo, com mais de 10.000 cirurgias realizadas, incluindo 10+ anos de atuação no Projeto Oftalmologia Humanitária na Amazônia
- **Tecnologia de ponta:** biometria óptica IOLMaster 700 (Zeiss), topografia corneana Pentacam AXL, microscópio cirúrgico Lumera 700 (Zeiss), facoemulsificador Alcon Centurion
- **Portfólio completo de lentes:** monofocais, trifocais PanOptix, EDOF Vivity, tóricas e mix-and-match
- **5 unidades em São Paulo:** Santana, Tatuapé, Lapa, São Miguel e Guarulhos
- **Principais convênios:** Bradesco Saúde, Amil, Unimed, Prevent Senior, Mediservice

Agende sua consulta: (11) 91654-4653 | institutodrudiemealmeida.com.br

Referências científicas

- [1] Chen SP, Woreta F, Chang DF. Cataracts: a review. *JAMA*. 2025;333(23):2093–2103. DOI: 10.1001/jama.2025.1597
- [2] Global Burden of Disease Study 2021. Prevalência absoluta de catarata e DALYs (1990-2021). *The Lancet*. 2022.
- [3] Bourne RRA, et al. Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years. *Lancet Glob Health*. 2021;9(2):e130-e143. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30425-330425-3
- [4] Estudo epidemiológico de prevalência de catarata na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo. *Arq Bras Oftalmol*. 2009.
- [5] Dados do Ministério da Saúde do Brasil sobre cirurgias de catarata no SUS (2001-2021). Campanha Nacional de Catarata (CNC).

- [6] American Academy of Ophthalmology. *Cataract in the Adult Eye Preferred Practice Pattern*. San Francisco: AAO; 2021.
- [7] Song X, Li L, Zhang X, Ma J. Comparing the efficacy and safety between femtosecond laser-assisted cataract surgery and conventional phacoemulsification cataract surgery: systematic review and meta-analysis. *Can J Ophthalmol*. 2025;60(1). DOI: 10.1016/j.jcjo.2024.05.030
- [8] Shah S, Peris-Martinez C, Reinhard T, Vinciguerra P. Visual Outcomes After Cataract Surgery: Multifocal Versus Monofocal Intraocular Lenses. *J Refract Surg*. 2015;31(10):658-666. DOI: 10.3928/1081597X-20150611-01
- [9] Zhu D, Karki S, Dhariwal M, Soini E, Asseburg C. Patient-Reported Outcomes of Visual Disturbances with a Trifocal Intraocular Lens: A Meta-Analysis. *Ophthalmol Ther*. 2024;14(2):379-390. DOI: 10.1007/s40123-024-01085-9
- [10] Fernández J, Ribeiro F, Burguera N, Rodríguez-Calvo-de-Mora M, Rodríguez-Vallejo M. Visual and patient-reported outcomes of an enhanced versus monofocal intraocular lenses in cataract surgery: a systematic review and meta-analysis. *Eye (Lond)*. 2025;39(5):883-898. DOI: 10.1038/s41433-025-03625-4
- [11] European Society of Cataract and Refractive Surgeons (ESCRS). *Recommendations for Cataract Surgery*. 2025.
- [12] Oshika T, et al. Long-term outcomes of cataract surgery with toric intraocular lens implantation by the type of preoperative astigmatism. *Sci Rep*. 2022;12:8457. DOI: 10.1038/s41598-022-12426-8
- [13] Hong ASY, Ang BCH, Dorairaj E, Dorairaj S. Premium Intraocular Lenses in Glaucoma—A Systematic Review. *Bioengineering (Basel)*. 2023;10(9):993. DOI: 10.3390/bioengineering10090993
- [14] Herspiegel WJ, et al. Optimal Timing for Intraocular Pressure Measurement Following Phacoemulsification Cataract Surgery: A Systematic Review and a Meta-Analysis. *Vision*. 2024;8(4):65. DOI: 10.3390/vision8040065
- [15] Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO). *Diretriz de Tratamento da Catarata*. 2014.

Este guia foi elaborado com base nas melhores evidências científicas disponíveis até abril de 2026. As informações aqui contidas têm caráter educativo e não substituem a consulta médica individualizada. Para diagnóstico e tratamento, consulte um oftalmologista.

© 2026 Drudi e Almeida Clínicas Oftalmológicas. Todos os direitos reservados.

Instituto da Catarata — institutodrudiemeida.com.br/instituto/catarata/